

ઇન્ડિવિજ્યુઅલ ઇઝડ ફેમિલી સર્વિસ પ્લાન (IFSP)

રેફરલની તારીખ :	IFSP બેઠકની તારીખ :	IFSP બેઠકનો પ્રકાર : <input type="checkbox"/> વચ્ચગાળાની <input type="checkbox"/> પ્રારંભિક <input type="checkbox"/> વાર્ષિક મૂલ્યાંકન
-----------------	---------------------	--

બાળક અને કુટુંબની માહિતી

બાળકનું નામ (નામ્ પિતાનું નામ્ અટક) :		
જન્મ તારીખ :	ID ક્રમાંક :	MA ક્રમાંક :
સરનામું :		ઘરનો ફોન નંબર:
માતાપિતા /વાલી/ સરોગેટનું નામ :		
સરનામું :		ઘરનો ફોન નંબર:
સરનામું :		કાર્યસ્થળનો ફોન નંબર:
ઈ-મેઇલ :		મોબાઇલ ફોન નંબર:
સંપર્ક કરવાનો શ્રેષ્ઠ સમય :	સંપર્ક કરવાની શ્રેષ્ઠ પદ્ધતિ : <input type="checkbox"/> ઘરનો ફોન નંબર: <input type="checkbox"/> કાર્યસ્થળનો ફોન નંબર: <input type="checkbox"/> મોબાઇલ ફોન નંબર: <input type="checkbox"/> ઈ-મેઇલ :	

ટીમમાં ભાગ લેનારાઓની સહીઓ

અલ્લી ઇન્ટરવેન્શન સર્વિસિઝ પૂરી પાડવામાં જેમની સીધી ભૂમિકા છે તેવી દરેક સંસ્થા અથવા વક્તિ IFSP માટે લાયકાત ધરાવતા બાળક અને કુટુંબને આ IFSPમાં પરિણામો મેળવવા મદદ કરવા માટે જવાબદાર છે.

સેવા સંયોજક	તારીખ	મૂલ્યાંકનકર્તા/આકારકારકર (અથવા થોળ્ય હોય તેવા અન્ય સાથનો દ્વારા સામેલગીયી) તારીખ
વચ્ચગાળાના/વૈકલ્પિક સેવા સંયોજક	તારીખ	અન્ય ભાગ લેનાર સંસ્થા/પદવી તારીખ
અગાઉની સંસ્થાના પ્રતિનિધિ	તારીખ	અન્ય ભાગ લેનાર સંસ્થા/પદવી તારીખ
માતાપિતા/વાલી/સરોગેટ	તારીખ	અન્ય ભાગ લેનાર સંસ્થા/પદવી તારીખ

સેવા સંયોજક અંગોની માહિતી

જો તમને આ IFSP અથવા તમારા બાળક અને કુટુંબ સાથે કામ કરતી કોઈ પણ વક્તિ અંગે પ્રશ્નો હોય તો તમારા સેવા સંયોજકનો સંપર્ક કરો.

સેવા સંયોજકનું નામ :	
સંસ્થા :	
સરનામું :	
કાર્યસ્થળનો ફોન નંબર:	ઈ-મેઇલ :

IFSP બેઠકની સંભવિત તારીખો

સંભવિત તારીખ IFSP છ માસિક સમીક્ષા :
સંભવિત તારીખ IFSP વાર્ષિક સમીક્ષા તારીખ :
સંભવિત તારીખ ટ્રાન્ઝિશન આયોજન બેઠક :

બાળકનું નામ :

ID ક્રમાંક :

IFSP બેઠક તારીખ :

ભાગ I - મારા બાળકના વિકાસ અંગે માહિતી

વિભાગ A - આરોગ્ય અંગેની માહિતી

સામાન્ય આરોગ્ય

તમારા બાળકની જન્મ સમયે ગર્ભમાં કેટલી ઉંમર હતી? _____ સપ્તાહ _____ દિવસો

તમારા બાળકનું વજન જન્મ સમયે કેટલું હતું? _____ પાઉંડ _____ ઔંસ અથવા _____ ગ્રામ

તમારી પ્રાથમિક સંભાળ લેનાર ફિલ્મિશિયન અથવા અન્ય આરોગ્ય સંભાળ લેનાર વાવસાયિક કોષા છે? _____ ફોન : _____

રસીઓ

શું તમારી પાસે તમારા બાળકને આપવામાં આવેલ રસીઓની નોંધ છે? હા ના

જો ના, તો કૃપા કરી, તમારા બાળકની રસીઓની નાંધની નકલ મેળવવાની યોજના દર્શાવો.

રસીઓની નોંધમાં તમારા બાળકની કમિક ઉંમર માટે જરૂરી રસીઓ છે? હા ના

જો ના, તો જરૂરી રસીઓ મેળવવા માટે તમારા બાળક માટે કઈ યોજના અમલમાં મુકાશે?

જેમની જરૂર હોય તે રસીઓ દર્શાવો (બાટા-બોલ અભયોમાં દર્શાવેલ રસીઓ મેળવવી સરકારી શાળામાં દાખલ થવા માટે જરૂરી છે):

 DTaP/DT પોલિયો Hib ડિપેટાઇટિસ બી PCV7 રોટાવાઇરસ MCV4 ડિપેટાઇટિસ એ MMR વેરિસેલા

જેમની જરૂર હોય તે રસીઓ દર્શાવો (બાટા-બોલ અભયોમાં દર્શાવેલ રસીઓ મેળવવી સરકારી શાળામાં દાખલ થવા માટે જરૂરી છે):

 DTaP/DT પોલિયો Hib ડિપેટાઇટિસ બી PCV7 રોટાવાઇરસ MCV4 ડિપેટાઇટિસ એ MMR વેરિસેલા

લીડ (સીસ્ટ્રુ) ચકાસણી/પરીક્ષણ

તમારા બાળકમાં લીડ (સીસા)નું પ્રમાણ તપાસાયું છે? હા ના જો હા, તો પ્રમાણ કેટલું હતું? _____તમારા બાળકના લીડ (સીસા)ના પ્રમાણ અંગે ચિંતા છે? હા ના

જો હા, તો કૃપા કરી સમજાવો. _____

પોષણ

તમારા બાળકના ખાવા, સામાન્ય પોષણ અથવા વિકાસ અંગે કોઈ ચિંતા છે? હા ના

જો હા, તો કૃપા કરી સમજાવો.

આરોગ્ય સંબંધી સામાન્ય ચિંતાઓ

તમારા બાળકના આરોગ્ય અંગે એવી કોઈ બાબતો (વિશેષ સાધન, એલર્જી, અન્ય માનસિક અથવા શારીરિક માહિતી) છે જે ટીમે તમારા બાળક અને કુટુંબને સેવાઓ આપવા અને તેનું વધુ સારું આયોજન કરવા માટે જાણવી જોઈએ?

બાળકનું નામ :

ID ક્રમાંક :

IFSP બેઠક તારીખ :

ભાગ I - મારા બાળકના વિકાસ અંગે માહિતી

વિભાગ B - વિકાસના હાલના સ્તરો

મૂલ્યાંકન સ્થિતિ :

 પ્રવેશ વચ્ચેનો ગાળો (જન્મથી તે વર્ષ) નિર્ગમન (જન્મથી તે વર્ષ) વચ્ચેનો ગાળો (તે વર્ષથી કિન્ડરગાર્ટનમાં જવાની ઉમર) નિર્ગમન (તે વર્ષથી કિન્ડરગાર્ટનમાં જવાની ઉમર)

વિકાસના હાલના સ્તરો

વિસ્તાર	આકારફળીની તારીખ (મહિનો / તારીખ / વર્ષ)	આકારફળી સાધન (નો) નું નામ	કશિક ઉમર	ઉમરસું સ્તર / ઉમરની શ્રેણી	ગુણાત્મક વર્ણન
બોલ્ડિક	બોલ્ડિક (રમતું, વિચારણ અને ખોળતું)				
સંદેશાખ્યવહીએ	સંદેશાખ્યવહીએ (અન્યાને સમજવા અને અભિવૃત્તિ કરવી)				
સામાજિક અથવા લાવનાશીલ	સામાજિક અથવા ભાવનાશીલ (ભાવનાઓ, લાગાઓઓ અને અન્યો સાથે વાતચીત કરવી)				
અનુકૂળનશીલ	અનુકૂળનશીલ (ખાંસ, પીંસ, આજરૂ જતું અને પોતાની જાતે છિયાગ્રો કરવી)				
શાશ્વત	સ્ફૂર્ત મોટર (ગતિજ્ઞનક) (રમવા, ખવડાવવા અથવા અન્ય પ્રવૃત્તિ માટે મારા હાથનો ઉપયોગ કરવો)				
	સ્ફૂર્ત મોટર (ગતિજ્ઞનક) (સ્થિતિ અથવા સ્થાન બદલવા મારા શરીરને હલાવવું)				
	સાંભળતું	તમારા બાળક યુનિવર્સલ ન્યુભોર્ન ડિયરિંગ જીનિંગ (નવજાત માટેની વૈજ્ઞિક શવશ કસોટી)માં ઉત્તીર્ણ થયું છે ? પૂર્ણ શ્રવણ મૂલ્યાંકન માટે તમારા બાળકને ઓડિયોલોજિસ્ટને બતાવ્યું છે ? શું તમારા બાળકની શ્રવણશક્તિ અંગે કોઈ ચિંતા છે ? મૂલ્યાંકન /અવલોકનનાં પરિણામો :		<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> લાગુ પડતું નથી <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના	
	પ્રણિ	તમારા બાળકની પ્રણિની કસોટી કરાઈ છે ? તમારા બાળકની પ્રણિ અંગે કોઈ ચિંતા છે ? મૂલ્યાંકન /અવલોકનનાં પરિણામો :		<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના	

ભાગ I - મારા બાળકના વિકાસ અંગે માહિતી

વિભાગ C - અર્લી ઇન્ટરવેન્શન સર્વિસિઝ માટે લાયકાત

લાયકાત

મૂલ્યાંકન પ્રક્રિયાનાં પરિણામોના આધારે તમહું બાળક અર્લી ઇન્ટરવેન્શન સર્વિસિઝ માટે લાયક બને છે.
લાયકાત એક શ્રેષ્ઠિના આધારે છે જે નીચે દર્શાવવામાં આવેલ છે.



વિકાસમાં ઓછામાં ઓછો ૨૫% વિલંબ

મારું બાળક અર્લી ઇન્ટરવેન્શન સર્વિસિઝ માટે લાયક છે કારણકે મારું બાળક નીચેના વિકાસને લગતાં કેતો પેકી એક અથવા વધુમાં ઓછામાં ઓછા ૨૫% નો વિલંબ અનુભવી રહ્યું છે. લાગુ પડતી તમામ બાબતો સામે નિશાની કરો:

 બૌદ્ધિક સંદેશાચ્યવહાર સામાજિક અથવા ભાવનાશીલ અનુકૂલનશીલ શારીરિક : _____ સૂક્ષ્મ મોટર _____ સૂક્ષ્મ મોટર

અસામાન્ય વિકાસ અથવા વર્તણૂક

મારું બાળક અર્લી ઇન્ટરવેન્શન સર્વિસિઝ માટે લાયક છે કારણકે મારું બાળક નીચેના વિકાસને લગતાં કેતો પેકી એક અથવા તેથી વધુમાં અસામાન્ય પ્રકારનો વિકાસ અથવા વર્તણૂક દર્શાવી રહ્યું છે જેના કારણે અનુષ્ઠાનિક વિલંબ થવાની શક્યતા છે. લાગુ પડતી તમામ બાબતો સામે નિશાની કરો:

 બૌદ્ધિક સંદેશાચ્યવહાર સામાજિક અથવા ભાવનાશીલ અનુકૂલનશીલ શારીરિક : _____ સૂક્ષ્મ મોટર _____ સૂક્ષ્મ મોટર

વિકાસમાં વિલંબની ઊંચી સંભાવનાવાળી શારીરિક અથવા માનસિક સ્થિતિનું નિદાન થયેલું છે.

મારું બાળક અર્લી ઇન્ટરવેન્શન સર્વિસિઝ માટે લાયક છે કારણકે મારું બાળકમાં એવી શારીરિક અથવા માનસિક સ્થિતિનું નિદાન કરાયું છે જે વિકાસમાં વિલંબમાં પરિણામે તેવી ખૂબ જ સંભાવના છે. આ યાદીમાં બધી બાબતો સમાવિષ્ટ નથી. લાગુ પડતી તમામ બાબતો સામે નિશાની કરો:



રંગસૂત્રમાં ગરબડ _____ ડાઉન સિન્ટ્રોમ _____ અન્ય : _____

લાંબા સમયની ફેક્સાની નોમારી (કોનિક લંગ ઇરીઝ CLD)

જન્મજાત ચેપ જે લાક્ષણિક છે (દા.ત., એચઆઇવી)

CNS સાથે સંકળાયેલ ચચ્ચાપચ્ચની અંદરથી ઉત્પન્ન ક્ષતિઓ (દા.ત., મેપલ સિરપ યુરિન રોગ અને ગોવેક્ટોસેમિયા)

જન્મપૂર્વ માતા દ્વારા આલ્કોહોલના દુરુપ્યોગની મહત્વની અસરો શિશ્ય દર્શાવી રહ્યું હોય (દા.ત., ફીટલ આલ્કોહોલ સિન્ટ્રોમ)

ઇન્ટાયુટેરિન (ગર્ભશયની અંદર) દવાના કારણે શિશ્યને અસર થઈ હોય જેના કારણે સારવારની જરૂર હોય અથવા ગર્ભશયમાં વિકાસમાં અવરોધનો પુરાવો દેખાડી રહ્યું હોય

ઇન્ટ્રાવેન્ટ્રિકસ્યુલર ડેમરેજ - શેણી III અથવા IV નું

૨૦ માછકોગ્રામ/ ડિસ્લિટર અથવા તેથી વધુ પ્રમાણમાં લીડ(સીસા) સાથે લીડનું ઝેર

મધ્યમથી તીવ્ર એન્ક્રેલોપેથી (મહિત્જની વિકૃતિ) જે મગજને નુકસાનમાં પરિણામે

ન્યુરોડિજનરેટિવ (ચેતાતંત્રમાં ગરબડ) ડિસ્પોર્ડરની રોશિયા અને શરૂઆતના ભાગમધ્યમાં શરૂઆત (દા.ત., એન્ફ્રાનોલુકોડિસ્ટ્રાઇન્સ, ટાસક્સ રોગ)

પેરિનેન્ટ્રીક્યુલર લુકોમેટેશિયા (PVL)

જન્મસમેય ૧,૦૦ ગ્રામ (૨ પાઉન્ડ ૧૦ ઔંસ) કરતાં ઓછા વજન સાથે સમય પૂર્વ જન્મ

મૂર્છા (સિજર)ની ખામી જ્યાં મૂર્છા વારંવાર આવી જાય છે અથવા તેનું નિયંત્રણ કરવાનું મુશ્કેલ છે અથવા વારંવાર બૌદ્ધિક ખરાબી (જેમ કે ઇન્ફાટાઇલ સ્પાસ્સ્સ) સાથે જોડાયેલ આંતરિક સ્થિતિ

ઈન્ફ્રીયો સંબંધી ખરાબી

અંધ અથવા દૃષ્ટિલક્ષી ખરાબી ધરાવતું

બધિર અથવા ઓછું સંબંધું

જન્મજાત તીવ્ર ખોડખાંપણા (દા.ત., મેન્ઝિંગોમાયલોસીલ અને કન્જેનિટલ હાઇડ્રોસેફલસ)

સર્જિકલ નેકોટાઇલિંગ એન્ટ્રેનોકોલોલાઇટિસ (NEC) (શસ્ત્રકિયાના કારણે શિશ્યના આંતરડાના ભાગોમાં પેશીઓનો નાશ થવો)

અન્ય : _____

અન્ય : _____

અન્ય : _____

બાળકનું નામ :

ID ક્રમાંક :

IFSP બેઠક તારીખ :

ભાગ I - મારા બાળકના વિકાસ અંગે માહિતી

ભિભાગ D - તાકાત અને જરૂરિયાતો

શક્તિઓ અને જરૂરિયાતો

તમારા બાળક અને કુટુંબ માટે પરિણામના વિકાસને સહાય કરનાર અલ્લી ઇન્ટરવેન્શન સર્વિસીઝનું આયોજન કરતી વખતે તમારા બાળકની અનોખી શક્તિઓ જરૂરિયાતોનું વર્ણન મૂલ્યવાન માહિતી પૂરી પાડે છે.

મારા બાળકની શક્તિઓ	મારા બાળકની જરૂરિયાતો
મારા બાળકને કઈ કઈ ચીજો કરવી ગમે છે ? મારું બાળક કઈ કઈ ચીજો સારી રીતે કરે છે ?	કઈ બાબતો મારા બાળક માટે પડકારૂપ છે ? કઈ કઈ બાબતો છે જે મારું બાળક હજુ જાણતું નથી કે કેવી રીતે કરાય ?

● ●

ભાગ II - મારા કુટુંબ વિશે માહિતી
વિભાગ A - ચિંતાઓ, પ્રાથમિકતાઓ અને સંસાધનો

ચિંતાઓ, પ્રાથમિકતાઓ અને સંસાધનો

તમારા કુટુંબ માટે અગત્યના હોય તેવા મુદ્દદાઓ અને ચિંતાઓને જાણવી તમારા બાળક અને કુટુંબને શ્રેષ્ઠ સહાય કરવા માટે મદદરૂપ બને છે. તમારા કુટુંબની ચિંતાઓ, પ્રાથમિકતાઓ અને સંસાધનોનો ઉપયોગ પરિણારો વિકસાવવા અને તમારા બાળક અને કુટુંબની જરૂરિયાતો પૂરી કરવા માટે યોજનાઓ તથા પ્રવૃત્તિઓ ઔળખવાના આધાર તરીકે કરાશે. તમે ઇચ્છો તેટલી વધુ અથવા ઓછી માહિતી આપી શકો છો.

મારા પરિવારની ચિંતાઓ	મારા પરિવારની પ્રાથમિકતાઓ	મારા પરિવારનાં સંસાધનો
મારા બાળકના આરોગ્ય અને વિકાસ અંગે મને હોય તે ચિંતાઓ. મારા બાળક અને/ અથવા મારા કુટુંબ માટે જેમની જરૂર છે તે અથવા હું જે ઈચ્છું તે માહિતી, સંસાધનો, સહાય.	મારા બાળક માટે મારી આશાઓ અને સપનાં. મારા બાળક અને/ અથવા કુટુંબ માટે અત્યારે સૌથી અગત્યની બાબતો.	સહાય માટે મારા બાળક કુટુંબ પાસે છે તે લોકો, પ્રવૃત્તિઓ, કાર્યક્રમો/સંસ્થાઓ સહિતનાં સંસાધનો.

નીચેનાનો ઉપયોગ કરીને કુટુંબથી આકારણી દ્વારા આ માહિતી એકનિત કરવામાં આવી. લાગુ પડતું હોય તે બધા સામે નિશાની કરો :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> સ્થાનિક સ્તરે વિકસાયેલ કુટુંબ સાથે મુલાકાત સાધન
<input type="checkbox"/> દિનર્ચર્યા આધારિત મુલાકાત (RBI) | <input type="checkbox"/> ઉમર અને તબક્કાઓ મ્રણાવલી (ASQ)
<input type="checkbox"/> અન્ય સાધનો/પદ્ધતિઓ : _____ |
| <input type="checkbox"/> પરિવારે પરિવારલક્ષી આકાઢી મેળવવાનો છન્કાર કરી દીધો | |

બાળકનું નામ :

ID ક્રમાંક :

IFSP બેઠક તારીખ :

ભાગ II - મારા કુટુંબ અંગે માહિતી

વિભાગ B - સ્વાભાવિક વાતાવરણ

સ્વાભાવિક વાતાવરણમાં દિનચર્યા

આરી ઇન્ટરવેન્શન સર્વિસીઝ સ્વાભાવિક વાતાવરણમાં આપવામાં આવે છે. સ્વાભાવિક વાતાવરણ એક એટું સ્થળ છે જ્યાં તમારું બાળક અને કુટુંબ સમય વિતાવે છે, જેમ કે ઘરમાં, ચાઇલ્ડ કેર પ્રોગ્રામ અથવા અન્ય સામુદ્દરિક વ્યવસ્થા. સ્વાભાવિક વાતાવરણ એ છે જ્યાં સામાન્ય રીતે વિકસતાં બાળકો રમે છે અને શીખે છે. નીચેની માહિતી અમને એ સ્વાભાવિક વાતાવરણ નક્કી કરવામાં મદદ કરશે જ્યાં તમારું બાળક અને કુટુંબ આરી ઇન્ટરવેન્શન સર્વિસીઝ મેળવશે.

તમારું બાળક/કુટુંબ ક્યાં સમય વિતાવે છે? લાગુ પડતા દરેક સામે નિશાની કરો.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> બાળકનું ધર
<input type="checkbox"/> ચાઇલ્ડ કેર સેન્ટર
<input type="checkbox"/> ધર્મિક વાતાવરણ
<input type="checkbox"/> ફેમિલી ચાઇલ્ડ કેર | <input type="checkbox"/> આરી હેડ સ્ટાર્ટ/હેડ સ્ટાર્ટ
<input type="checkbox"/> પુસ્તકાલય
<input type="checkbox"/> પરિવારના સભ્યનું ધર
<input type="checkbox"/> ટોડલર ખેગુપ
<input type="checkbox"/> જ્યુડી સેન્ટર | <input type="checkbox"/> ફેમિલી સપોર્ટ સેન્ટર
<input type="checkbox"/> માતાપિતાના રોજગારનું સ્થળ
<input type="checkbox"/> શીલ્પર
<input type="checkbox"/> અન્ય : _____ |
|--|--|---|

કઈ એવી પ્રવૃત્તિઓ છે જે તમને કુટુંબ તરીકે સાથે કરવી ગમે છે?

એટું કઈ છે જે તમને કુટુંબ તરીકે કરવું ગમે છે પરંતુ આ સમયે કરી શકતા નથી?

તમારા બાળક અને કુટુંબની રોજિંદી દિનચર્યા શું છે? શું આ પૈકી કોઈ દિનચર્યા પડકારરૂપ છે? શું અન્ય દિનચર્યા છે જે તમારું કુટુંબ કરવા (સ્થાપવા) માગે છે?

તમારા બાળક અને કુટુંબને તમારી રોજિંદી દિનચર્યા અને પ્રવૃત્તિઓમાં ભાગ લેવાથી અટકાવતી કોઈ અડચણો છે?

અગત્યની દિનચર્યા સુધારવા અથવા નવી સર્જવાની તેની ઈચ્છામાં તમારા કુટુંબને કાર્યક્રમ શ્રેષ્ઠ મદદ કરી રીતે કરી શકે?

બાળકનું નામ :

ID ક્રમાંક :

IFSP બેઠક તારીખ :

ભાગ III - મારા બાળકના વિકાસને સંબંધિત મારા બાળક/પરિવારનાં પરિણામો

બાળક/પરિવારનાં પરિણામો

તમારા બાળકના વિકાસનાં હાલનાં જીએ અને જીબાબદારી અને જરૂરિયાતો, તમારા બાળકની શક્તિઓ અને જરૂરિયાતો, તમારા પરિવારની વિતાઓ, ગ્રાથમિકતાઓ અને સંસારનો અને તમારી ચોંઢી દિનચર્યાની માહિતીના આધારે આ યોજના આપડો જે કાર્ય પાર પાડવા માગીએ છીએ તે અને તે માટે જરૂરી ચોક્કસ પગલાંની રૂપરેખા આપે છે. તમારા બાળક અને/અથવા કુટુંબ માટે ચોક્કસ કૌશલ્યો અને પરિયોગ સહિત તમારા માટે ગ્રાથાન્યવાળાં પરિણામો ચર્ચા. દરેક પરિણામ માટે એક અલગ "બાળક અને પરિવારનાં પરિણામો"નું ફોર્મ પૂર્ણ કરાય છે.

પરિણામ	યોજનાઓ/પ્રવૃત્તિઓ/શિક્ષણની તક્કે	માપનશીમ માનદંડો
આપડો શું થતું જોવા માગીએ છીએ?	પ્રાથમિકતાવાળું પરિણામ મેળવવામાં મદદ માટે કયાં પગલાં લેવાવાં જોઈએ?	જ્યારે પરિણામ મળશે તેની આપણાને કેવી રીતે ખબર પડશે?

સમયરેખા

ભાગ લેનારાઓ - કોણ કોણ સંકળાશે?

નામ :	શીર્ષક :	ફોન/ઇ-મેઇલ :
નામ :	શીર્ષક :	ફોન/ઇ-મેઇલ :
નામ :	શીર્ષક :	ફોન/ઇ-મેઇલ :
નામ :	શીર્ષક :	ફોન/ઇ-મેઇલ :

પરિણામ પ્રગતિ સમીક્ષા

સમીક્ષા સંકેત : લાગુ પડતો શ્રેષ્ઠ સંકેત પસંદ કરો.. ૧- કુશળ - આપડો કરી બતાવ્યું! ૨- પ્રદિયાં - આપડો પ્રગતિ કરી રહ્યા છીએ. ૩- વિકાસની જરૂર છે - ચાલો અનુકૂલન સાધીએ. ૪- હંવે જરૂર નહીં ૫- મોકૂક રખાયેલ છ	સંકેત :	તારીખ :	આધાશર :	ટિપ્પણીઓ :

પરિણામ પ્રગતિ પ્રતિભાવ - (પ્રગતિ સમીક્ષા સંકેત ત માટે જ જરૂરી)

સમીક્ષા સંકેતો : લાગુ પડતો શ્રેષ્ઠ સંકેત પસંદ કરો.. ૧- પરિણામ પર પુનર્વિચાર કરો ૨- યોજનાઓ/પ્રવૃત્તિઓમાં ફરજાર કરો ૩- સેવા બદલો ૪- અન્ય : _____	સંકેત :	તારીખ :	આધાશર :	ટિપ્પણીઓ :

બાળકનું નામ :

ID ક્રમાંક :

IFSP બેઠક તારીખ :

ભાગ IV - મારા બાળકની અલ્રી ઇન્ટરવેન્શન સર્વિસિઝ

અલ્રી ઇન્ટરવેન્શન સર્વિસિઝ

અલ્રી ઇન્ટરવેન્શન સર્વિસિઝ તમારા બાળકનો વિકાસ અને તમારા બાળકની જરૂરિયાતો પૂરી કરવાની તમારા પરિવારની ક્ષમતા વધારે છે. દરેક અલ્રી ઇન્ટરવેન્શન સર્વિસ તમારા વ્યક્તિગત બાળક અને પરિવારનાં પરિણામોને સહાય કરે છે. દરેક સેવા / સહાય / વ્યવસ્થા માટે એક અલગ "અલ્રી ઇન્ટરવેન્શન સર્વિસિઝ" ફોર્મ પૂર્ણ કરાય છે.

સેવાનો પ્રકાર	સેવાનું વર્કોન				વાતાવરણ
	સત્તોની સંખ્યા	આવૃત્તિ	તીવ્રતા	પદ્ધતિ	
કૃપા કરી જણાવો :	<input type="checkbox"/> ૧ <input type="checkbox"/> ૨ <input type="checkbox"/> ૩ <input type="checkbox"/> ૪ <input type="checkbox"/> ૫ <input type="checkbox"/> ૬ <input type="checkbox"/> અન્ય :	<input type="checkbox"/> માત્ર એક જ વાર <input type="checkbox"/> દૈનિક <input type="checkbox"/> સપ્તાહિક <input type="checkbox"/> માસિક <input type="checkbox"/> વાર્ષિક <input type="checkbox"/> નિમાસિક <input type="checkbox"/> અર્ધવાર્ષિક	સત્ત દીઠ મિનિટની સંખ્યા : <input type="checkbox"/> ૧૫ <input type="checkbox"/> ૩૦ <input type="checkbox"/> ૪૫ <input type="checkbox"/> ૫૦ <input type="checkbox"/> ૬૦ <input type="checkbox"/> ૮૦ <input type="checkbox"/> ૧૨૦ <input type="checkbox"/> ૧૮૦ <input type="checkbox"/> ૨૪૦ <input type="checkbox"/> અન્ય :	<input type="checkbox"/> જૂથ <input type="checkbox"/> વ્યક્તિગત	<input type="checkbox"/> ધર (બાળકના પરિવાર અથવા કાળજી લંનારનું મુખ્ય નિવાસસ્થાન) <input type="checkbox"/> સમુદ્દર આધારિત વ્યવસ્થા (કૃપા કરી જણાવો) : <hr/> <input type="checkbox"/> અન્ય (કૃપા કરી જણાવો) : <hr/> અન્ય વ્યવસ્થા માટે કારણ : <hr/>

સેવાનો પ્રકાર	સમુદ્દર આધારિત વ્યવસ્થા (જ્યાં સામાન્ય રીતે અક્ષમત વિનાનાં બાળકો હોય છે)	અન્ય વ્યવસ્થાઓ (સમુદ્દર અથવા ધર આધારિત નથી)		
૧. ઓડિઓવોલ્ફ ૨. કુંભને પરામર્શ / તાવીમ ૩. આરોગ્ય ૪. તબીબી (માત્ર નિદાન અને મૂલ્યાંકન) ૫. નકિંગ ૬. પોથ્થા ૭. ઓફ્સ્યુપેશનલ થેરાપી ૮. ડિઝિકલ થેરાપી	૮. મનોવૈજ્ઞાનિક ૧૦. રિસ્પાઇટ કેર ૧૧. સામાજિક કાર્ય ૧૨. ભાસ રિસ્ક્ષા ૧૩. સ્પીચ/લિંગવેક થેરાપી ૧૪. પ્રાણ સેવાઓ ૧૫. અન્ય	૧. ચાઇટ કેર સેન્ટર / (કેમિલી ટ કેર સાઇટ) ૨. ગ્રીસ્ક્રીલ મોગ્રીમ ૩. સામાન્ય નર્સરી સ્ક્રીલ ૪. અલ્રી ચાઇટલ્ડક સેન્ટર ૫. અલ્રી હેડ/સ્ક્રોટ હેડ સ્ટાર્ટ ૬. જ્યુડી સેન્ટર ૭. પુસ્તકાલય	૮. કરિયાણાની ફુકાન ૯. ઉદ્ઘાન / સ્પરતુ મેદાન ૧૦. રેસ્ટોરન્ટ ૧૧. સમુદ્દર મોનોરંજન કેન્દ્ર ૧૨. માતાપિતાનું રોજગારનું સ્થળ ૧૩. રોલ્ડર ૧૪. અન્ય	૧. અલ્રી ઇન્ટરવેન્શન સેન્ટર / અક્ષમતાવાળા બાળકો માટેનો વર્ણન ૨. સેવા આપનારનું સ્થળ (દાટ., આઉટપેશન્ટ, ઓડિઓવોલ્ફિસ) ૩. હોસ્પિટલ (ઇન્પેશન્ટ) ૪. નિવાસ સુવિધા ૫. અન્ય

આર્થિક જવાબદારી : સેવાઓની ચૂકવણી માટે જવાબદાર એક સંસ્થા સામે નિશાની કરો.	આપનાર સંસ્થા : સેવા આપનાર સંસ્થાનું નામ નોંધો. દરેક સંસ્થાની અંદર પ્રમાણાભૂત લખાણ સ્થાનના ઉપયોગ કરો.
ખર્ચ ભરપાઈ સ્ત્રોત : આર્થિક રીતે જવાબદાર તરીકે નિમાયેલ સંસ્થા અન્ય સ્ત્રોત પાસેથી સેવા માટે ચૂકવણીની વિનંતી કરવાનો ઠિચાદો ધરાવતી હોય તારે જ એક ખર્ચ ભરપાઈ સ્ત્રોતની સામે નિશાની કરો.	આપનારનું નામ/શીન નંબર : સેવા આપનાર વ્યક્તિગત નામ અને શીન ક્રમાંક નોંધો.

સેવા શરૂ થવાની અંદાજિત તારીખ : જે તારીખે સેવા શરૂ થવાનો અંદાજ હોય તે તારીખ નોંધો.	સેવાની સમીક્ષાની અંદાજિત તારીખ : જે અંદાજિત તારીખે સેવાની સમીક્ષા થવાની હોય તે તારીખ નોંધો.
મહિનો/તારીખ/ વર્ષ	મહિનો/તારીખ/ વર્ષ

બાળકનું નામ :

ID ક્રમાંક :

IFSP બેઠક તારીખ :

ભાગ IV અનુસંધાન- મારા બાળકની અલ્લી ઇન્ટરવેન્શન સર્વિસિઝ

અલ્લી ઇન્ટરવેન્શન સર્વિસિઝ (અનુસંધાન)

સહાયક ટેકનોલોજી

મારા બાળકને તેની/તેણીની કાર્યક્ષમતાઓ વધારવા માટે સહાયક ટેકનોલોજી સેવાઓ અથવા રચનાઓની જરૂર છે ?

હા ના

સહાયક ટેકનોલોજીના પ્રકારો. લાગુ પડતા તમામ સામે નિશાની કરો.

- એડિટિવિટિ ઓફ ડેઇલી લિવિંગ (ADL)
- અડેપ્ટિવ (અનુકૂલનક્ષમ) કમ્પ્યુટર હક્કીવેર
- અડેપ્ટિવ (અનુકૂલનક્ષમ) કમ્પ્યુટર સોફ્ટવેર
- ઓડિટરી એફડ્સ
- ઓગમેન્ટેટિવ એન્ડ ઓલ્ટરનેટિવ કમ્પ્યુનિકેશન ડિવાઇસ (AAC)
- એન્વાયરન્મેન્ટલ કંટ્રોલ યુનિટ્સ (ECUs)
- મોબિલિટી એફડ્સ
- લેન્સ, રિષ્ટ્ટેશન એન્ડ લેઝર એફડ્સ
- સીટિંગ એન્ડ પોઝિશનિંગ
- ટ્રાન્સપોર્ટેશન સેફ્ટી એફડ્સ
- વિઝન (ડ્રાય માટે) એફડ્સ
- અન્ય _____

પૂર્ણ પાડનાર

પૂર્ણ પાડનારનું નામ :

ફોન નંબર:

ઈ- મેઇલ:

પરિવહન

મારા બાળક અતે/અથવા કુટુંબને અલ્લી ઇન્ટરવેન્શન સર્વિસિઝ મેળવવા સક્ષમ કરવા માટે આ યોજનામાં જરૂરી પરિવહનનાનો સમાવેશ થાય છે ?

હા ના

પરિવહનના પ્રકારો :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ખર્ચ ભરપાઈ સાથે માતાપિતા | <input type="checkbox"/> ખર્ચ ભરપાઈ સાથે જાહેર પરિવહન |
| <input type="checkbox"/> શાળાની બસ | <input type="checkbox"/> અન્ય (કૃપા કરી જણાવો) _____ |
| <input type="checkbox"/> ક્રેબ/ટેક્સી | |

મારા બાળકના પરિવહન માટે કોઈ વિશેષ સાધનની જરૂર છે ?

હા ના

જો હા, તો કૃપા કરી સાધનનો પ્રકાર જણાવો : _____

આપનાર

આપનારનું નામ :

ફોન નંબર:

ઈ- મેઇલ :

બાળકનું નામ :

ID ક્રમાંક :

IFSP બેઠક તારીખ :

ભાગ V - સેવા સંલગ્નતા

સેવા સંલગ્નતા

સેવા સંલગ્નતા તમારા બાળક અને કુટુંબની જરૂરિયાતો પૂરી કરવા માટે તમારા કુટુંબની જરૂરિયાતો પૂરી કરવા માટે તમારા બાળકનો વિકાસ વધારવા માટે ઘડાયેલ સમૃદ્ધાય સેવાઓ અને સહાયો છે. કુટુંબના દરેક સભ્ય માટે એક અલગ "સેવા સંલગ્નતા" ફોર્મ પૂર્ણ કરાયેલ છે.

કુટુંબના નીચેના સભ્ય માટે સેવા સંલગ્નતા અપાઈ રહી છે. (નીચે પેકી માત્ર એકની સામે નિશાની કરો.)

લાયક બાળક ભાઈબહેન પરિવાર માતાપિતા/ વાલી અન્ય સર્વાં

અપાનાર સેવા સંલગ્નતા (વાગુ પડતા તમામ સામે નિશાની કરો.)**ચાહલ ક્રેન્વૂદ્ધિ**

- ચાહલ કેર પહેલ્લાંપણી
- કેમ્સ, હિવસનો/ નિવાસી
- અલ્રી હેડ સ્ટાર્ટ હેડ સ્ટાર્ટ
- ફેમિલી ટે કેર
- શૂપ ચાહલ કેર સેન્ટર્સ
- હન-હોમ ચાહલ કેર
- પ્રીસ્કૂલ પ્રોગ્રામ
- ટ્યૂટરિંગ
- અન્ય _____

આવક સહાય

- આપાતકાલીન આર્થિક સહાય
- આર્થિક સહાય
- કૂડ સેન્ટર
- સરકારી સહાય
- SSI
- અન્ય _____

સહાય

- કિશોર
- રોજગાર
- પરિવાર
- જનીનિક
- આવાસ
- લગ્નસંબંધી
- ખાસ
- અન્ય _____

તબીબીસેવાસંબંધી

- આકારકૃતી
- દંતની સેવાઓ
- નિદાન/સલાહ ડિવનિકો
- સાધનો/ઉપકરણો
- આરોગ્ય વીમો
- હોમ હેલ્પ કેર
- હોસ્પિટલમાં ભરતી
- રસીઓ
- માનસિક આરોગ્ય સેવાઓ
- જન્મ પૂર્ણી કાળજી
- સૂચિત (પ્રિષ્ટિષાન) ઔષધો
- પ્રાથમિક સ્વાસ્થ્ય કાળજી
- ચકાસણી (તપાસ)
- કેફી દવ્યોના ઉપયોગ માટે સારવાર
- શસ્ત્રદ્વિયા (સર્જિકલ પ્રોસિજર)
- મહિલાઓ, શિશુઓ અને બાળકોનાં કાર્યક્રમ
- અન્ય _____

અન્ય

- પ્રોફિશિયાલ
- ચાહલ કેર રિસોર્સ સેન્ટર, સ્થાનિક
- ફેમિલી સપોર્ટ સેન્ટર
- ફેમિલી સપોર્ટ નેટવર્ક, સ્થાનિક
- ફેમિલી સપોર્ટ નેટવર્ક, રાજ્ય
- ઘરે મુલાકાત કાર્યક્રમ (કૃપા કરી જણાવો)
- આવાસ
- જ્યુડી સેન્ટર
- કાન્નૂની સેવાઓ
- માતાપિતાને શિક્ષણ
- સ્વતંત્ર યોજના
- મનોરંજન કાર્યક્રમ
- સહાય જૂથ
- અન્ય _____

સેવા સંલગ્નતા આપનારાઓ

આપનારનું નામ :

આપનારનું નામ :

ફોન/ ઇ-મેઇલ :

ફોન/ ઇ-મેઇલ :

આપનારનું નામ :

આપનારનું નામ :

ફોન/ ઇ-મેઇલ :

ફોન/ ઇ-મેઇલ :

પરિવાર માટે સેવા સંલગ્નતા સુરક્ષિત કરવામાં મદદ માટે યોજનાઓ**ચુકવણીના સ્પોટો (વાગુ પડતા તમામ સામે નિશાની કરો.)**

હેલ્પ મેનેન્ટનન્સ ઓર્ગનાઇઝેશન (HMO)

તબીબી સહાય

શુલ્ક નહીં

અન્ય આરોગ્ય વીમો

માતાપિતા : પૂર્ણ ચુકવણી

માતાપિતા : માપદંડ અનુસાર ફી

અન્ય :

સેવા સંલગ્નતા મેળવવામાં સંકળાયેલ વ્યક્તિ(ઓ)

નામ :

નામ :

શીર્ષક :

શીર્ષક :

ફોન નંબર:

ફોન નંબર:

ઇ- મેઇલ

ઇ- મેઇલ

બાળકનું નામ :	ID ક્રમાંક :	IFSP બેઠક તારીખ :
---------------	--------------	-------------------

ભાગ VI - અધિકૃતતા

અધિકૃતતા

માતાપિત્રવાળીનિયુક્તની સંમતિ

- મને/અમને આ ઇન્ડિવિજ્યુઅલાઇઝ ફેન્ચિલ સર્વિસ પ્લાન (IFSP) ના વિકાસમાં સહભાગી થવાની તક મળી છે અને IFSP ની બેઠકની અમને વાજબી આગોતરી જાણ કરવામાં આવી છે.
- મને/અમને પેરનટલ રાઇટ્સ : મેરીલેન્ડ પ્રોસ્ટ્રિજરલ સેફગાર્ડ્સ નોટિસ અને મેરીલેન્ડની અર્લી ઇન્ટરવેન્શન કિસ્ટ મ અંગેની પુસ્ટિકાની પ્રાપ્તિ દ્વારા આ કાર્યક્રમ હેઠળ માટ્રાઅમારા માતાપિતાના હકો અંગે જાણવવામાં આવ્યું છે.
- IFSP માં વર્ણિયા મુજબ અર્લી ઇન્ટરવેન્શન સર્વિસિઝ આપવામાં આવશે. હુંએ સમજુંસમજીએ હુંછીએ કે IFSPની દર છ (૬) મહિને સમીક્ષા કરવામાં આવશે.
- હું/એ સમજુંસમજીએ હું/છીએ કે મારી/અમારી સંમતિ સ્વેચ્છિક છે અને હું/એ કોઈ પણ સમયે સંમતિ પાછી ખેંચી શકુશકીએ હું/છીએ.
- હું/એ સમજુંસમજીએ હું/છીએ કે ફેન્ચિલ એન્જ્યુકેશન રાઇટ્સ એન્ડ ગ્રાઉન્ડરી એક્ટ (FERPA).ની જોગવાઈઓને બાદ કરતા મારી/અમારી સહી અને લેખિત મંજૂરી વગર નોંધો જાહેર નહીં કરવામાં આવે. આ કાયદો અર્લી ઇન્ટરવેન્શન સિસ્ટમમાં ભાગ લેતી સંસ્થાઓને અર્લી ઇન્ટરવેન્શન રેકૉર્ડ આપવાની મંજૂરી આપે છે.
- હું/એ સમજુંસમજીએ હું/છીએ કે સરકારી સંસ્થા રાજ્યવ્યાપી ટેટાબેઝ દ્વારા માહિતી આપશે. આ ટેટાબેઝનો મેરીલેન્ડ સ્ટેટ ડિપાર્ટમેન્ટ એંડ એજ્યુકેશન (MSDE) અને અન્ય સરકારી સંસ્થાઓ કાર્યક્રમનું ભંડોળ આવે તે માટે, યોગ્ય જણાય તેમ, ઉપયોગ કરશે.
- મને/અમને મારી/અમારી માતૃભાષા અથવા સંદેશાબ્દિકારની અન્ય રીતે IFSP ટીમના નિર્ધાર (રો) અંગે માહિતી આપવામાં આવી છે.
- આ યોજના મારા/અમારા બાળક અને પરિવાર માટે અગત્યનાં પરિણામોનું પ્રતિબિંબ પાડે છે.
- હું/એ યોજના અને માતાપિતાના હકો સમજુંસમજીએ હુંછીએ અને આ IFSP નો અમલ કરવાની અનુમતિ આપું/આપીએ હું/છીએ.

માતાપિતા/વાળી/નિયુક્તની સહીની

તારીખ

તથીબી સહાય

- હું/એ અંકમતાવાળા બાળકોના કેસ મેનેજમેન્ટ માટે સેવા સંયોજનને સ્વીકારું/સ્વીકારીએ હું/છીએ. હુંએ સમજુંસમજીએ હું/છીએ કે આ સેવાનો હેતુ જરૂરી તથીબી, સામાજિક, શૈક્ષણિક અને અન્ય સેવાઓમાં પ્રવેશ મેળવી આપવામાં સહાય કરવાનો છે. હું/એ સમજુંસમજીએ હું/છીએ કે આ સેવા ચાલુ રહેવાનો આધાર સર્વિસ કોઓર્ડિનેશન ફીર નિયલ/ન વિથ ડિસેબિલિટિઝ,[COMAR 10.09.40] માટેની જરૂરી લાયકાત પૂરી થવા પર છે.
- હું/એ સમજુંસમજીએ હું/છીએ કે આ સેવા અન્ય તથીબી સહાય લાભો માટે સહભાગીની લાયકાતને નિયંત્રિત નથી કરતી કે અન્ય કોઈ રીતે અસર નથી કરતી. હું/એ સમજુંસમજીએ હું/છીએ કે હું/એ મારા/અમારા બાળક માટે કેસ મેનેજમ્યુન/ સર્વિસ કોઓર્ડિનેશને પસંદ કરવા મુક્ત હું/છીએ.
- હું/એ મારા બાળકનાં પરિણામોના અમલ સાથે સંબંધિત સેવા સંયોજન તેમજ સ્વાસ્થ્ય સંબંધિત સેવાઓ માટે સેવા આપનાર સંસ્થાને મેટિકિઝ પાસેથી ખર્ચ વસુલવાની પરવાનગી આપુંઆપીએ હું/છીએ. હું/એ સમજુંસમજીએ હું/છીએ કે જો હું/એ આપનાર સંસ્થાને તથીબી સહાય સુધી પહોંચ આપવાનો હન્કાર કરીશું તો તેનાથી સાર્વજનિક સંસ્થાને મારા/અમારા પરિવારને મારા/અમારા બાળકને અપાતી તમામ જરૂરી સેવાઓ મળે તે નિયંત્રિત કરવાની જવાબદારીમાંથી મુક્તિ મળતી નથી.

બાળકનું નામ છાપો

મેડિકલ આસિસ્ટન્સ (MA) ક્રમાંક

માતાપિતા/વાળી/નિયુક્તની સહી

તારીખ

બાળકનું નામ :

ID ક્રમાંક :

IFSP બેઠક તારીખ :

ભાગ VII - માર્ગ બાળકના ટ્રાન્ઝિશનની માહિતી

વિભાગ A - ત્રણ વર્ષની ઉમરે ટ્રાન્ઝિશન

ત્રણ વર્ષની ઉમરે ટ્રાન્ઝિશન

ટ્રાન્ઝિશન આયોજન બેઠક તારીખ : _____

બેઠકમાં વિલંબનો ખુલાસો

જો બાળક તરુણિનાની ઉમરે પહેંચા પછી ટ્રાન્ઝિશન આયોજન બેઠક યોજાઈ હોય તો નીચે આપેલ પ્રતિભાવોમાંથી જે ખુલાસો આપે છે તેની સામે નિશાની કરો. (માત્ર એક સામે નિશાની કરો.)

- પરિવારનો સંપર્ક કરવાના પ્રયાસો નિષ્ફળ રહ્યા.
- ઉઠ.૪ મહિનાની ઉમરે અથવા તે પછી બાળકને રિફર કરાયું.
- પરિવારે બેઠકનો નિર્ધારિત સમય બદલવા અથવા બેઠકને પાછળ કેલવા વિનંતી કરી.
- અન્ય : _____

જો પરિવર્તન યોજના બેઠક બાળકના ગીજા જન્માદિન પહેલાં યોજાઈ જ ન હોય તો, કૃપા કરી નીચેના પ્રતિભાવોમાંથી જે ખુલાસો આપે છે તેની સામે નિશાની કરો. (માત્ર એક સામે નિશાની કરો.)

- પરિવારનો સંપર્ક કરવાના પ્રયાસો નિષ્ફળ રહ્યા.
- ઉઠ.૪ મહિનાની ઉમરે અથવા તે પછી બાળકને રિફર કરવામાં આવ્યું.
- પરિવારે બેઠકમાં ભાગ લેવાનો ઇનકાર કર્યો.
- અન્ય : _____

પ્રિસ્કૂલ સેશન એજ્યુકેશન અને સંબંધિત સેવાઓ માટે લાયકાતની વિચારણા (ભાગ B)

 માતાપિતા ભાગ B લાયકાત પર વિચાર કરવા ઈંચ્છા ધરાવે છે. માતાપિતા ભાગ B લાયકાત પર વિચાર કરવા ઈંચ્છા ધરાવતા નથી.

સામુદ્દર્શિક સેવાઓ

જુદુંબને સામુદ્દર્શિક સેવાઓને રિફર કરવામાં આવી રહ્યું છે? હા ના

જો હા, તો કૃપા લાગુ પડતી સેવાઓ સામે નિશાની કરો.

વિકાસલક્ષી/તબીભી/આરોગ્યસંબંધી

- ડેવેલપમેન્ટલ થેરાપીઝ (ભાગ C અને ભાગ B સિવાયની)
- સાધન/રચનાઓ
- હોમ હેલ્પ કેર
- રચીઓ
- માનસિક આરોગ્ય સેવાઓ
- પ્રાથમિક આરોગ્ય કાળજી
- મહિલાઓ, શિશુઓ અને બાળકોનો (WIC) કાર્યક્રમ

ચાઇલ કેર/વૃદ્ધિ

- કેમ્પસ
- ફેમિલી કે કેર
- શ્રૂપ ચાઇલ કેર
- ઇવન સ્ટાર્ટ
- હેડ સ્ટાર્ટ
- પ્લે શ્રૂપ
- પ્રિસ્કૂલ પ્રોગ્રામ :
 - સરકારી
 - બાનગી
- મનોરંજન કાર્યક્રમ
- જ્યુરી સેન્ટર
- હોમ ઇન્સ્ટ્રુક્શન ફીર પેરન્ટ્સ ઓફ પ્રિસ્કૂલ યંગસ્ટર્સ (HIPPY)

ફેન્ફિલ સપોર્ટ

- ફેન્ફિલ સપોર્ટ સેન્ટર
- ઘરે મુલાકાત કાર્યક્રમ (કૃપા કરી જગ્યાવો)
- માતાપિતા માટે શિક્ષણ
- સહાય જૂથ
- અન્ય : _____

અન્ય સામુદ્દર્શિક સેવાઓ :

ટ્રાન્ઝિશન આયોજન બેઠક નોંધો/ભાવિ પગલાં

પ્રવૃત્તિઓ	સમય રેખાઓ	જવાબદાર વ્યક્તિ(ઓ)

પ્રારંભિક IEP લાયકાત નિર્ધારણ બેઠકનાં પરિષાભો (સેશન એજ્યુકેશન સ્ટાફ ભરવાનાં રહેશે.)

સેશન એજ્યુકેશન સ્ટાફ : પ્રારંભિક IEP લાયકાત નિર્ધારણ બેઠક પછી તરત આ વિભાગ પૂર્ણ કરો અને ભાગ C કેટા એન્ટ્રીને સુપ્રત કરો. પ્રારંભિક IEP લાયકાત નિર્ધારણ બેઠકનાં પરિષાભો દરશકું નિર્ધારણ તપાસો.

- IFSP દ્વારા ચાલી રહેલ સેવાઓ અથવા IEP દ્વારા પ્રિસ્કૂલ સેશન એજ્યુકેશન અને સંબંધિત સેવાઓ માટે બાળક લાયક છે.
- IFSP દ્વારા ચાલી રહેલ સેવાઓ અથવા IEP દ્વારા પ્રિસ્કૂલ સેશન એજ્યુકેશન અને સંબંધિત સેવાઓ માટે બાળક અપ્યાત્ર છે.

બાળકનું નામ :

ID ક્રમાંક :

IFSP બેઠક તારીખ :

ભાગ VII - મારા બાળકના ટ્રોન્ઝિશન અંગેની માહિતી**વિભાગ B - ઉત્તેજિત સેવાઓની વિચારકા (ભાગ B)****ઉત્તેજિત સેવાઓની વિચારકા (ભાગ B)****કિન્ડરગાર્ટન ઉત્તેજિત સેવાઓ**

- માતાપિતા IEP દ્વારા સ્પેશયલ એજ્યુકેશન અને સંબંધિત સેવાઓ વિશે વિચારવાની ઈચ્છા ધરાવે છે.
- માતાપિતા IEP દ્વારા સ્પેશયલ એજ્યુકેશન અને સંબંધિત સેવાઓ વિશે વિચારવાની ઈચ્છા ધરાવતા નથી.

કિન્ડરગાર્ટનની ઉત્તેજિત સેવાઓ

- માતાપિતા IEP દ્વારા સ્પેશયલ એજ્યુકેશન અને સંબંધિત સેવાઓ વિશે વિચારવાની ઈચ્છા ધરાવે છે.
- માતાપિતા IEP દ્વારા સ્પેશયલ એજ્યુકેશન અને સંબંધિત સેવાઓ વિશે વિચારવાની ઈચ્છા ધરાવતા નથી.

સમૃદ્ધાય સેવાઓ

કુટુંબને સામુદ્દરિક સેવાઓને રિફર કરવામાં આવી રહ્યું છે? હા ના જો હા, તો કૃપા કરી લાગુ પડતી સેવાઓ સાથે નિશાની કરો.

કિકાસલબી/તનીબી/આરોગ્યસંબંધી

- ડેવેલપમેન્ટલ થેરાપિઝ (ભાગ C અને ભાગ B સિવાયની)
- સાધન/રચનાઓ
- હોમ હેલ્પ કેર
- રસીઓ
- માનસિક આરોગ્ય સેવાઓ
- પ્રાથમિક આરોગ્ય કાળજી
- મહિલાઓ, શિશુઓ અને બાળકોનો (WIC) કાર્યક્રમ

ભાગ કાળજી/કૃપા

- શિબિરો
- ફેમિલી ટે કેર
- ગ્રૂપ ચાઇલ્ડ કેર
- ઇવન સ્ટાર્ટ
- હેડ સ્ટાર્ટ
- એચ ગ્રૂપ
- પ્રિસ્કૂલ પ્રોગ્રામ :
 - સરકારી
 - ખાનગી
- મનોરંજન કાર્યક્રમ
- જ્યુડી સેન્ટર
- હોમ ઇન્સ્ટ્રુક્શન ફોર પેરન્ટ્સ ઓફ પ્રિસ્કૂલ યંગસ્ટર્સ (HIPPY)

પરિવાર સહાય

- પરિવાર સહાય કેન્દ્ર
- ઘરે મુલાકાત કાર્યક્રમ (કૃપા કરી જણાવો)

માતાપિતા શિક્ષણ

- સહાય જૂથ
- અન્ય : _____

અન્ય સામુદ્દરિક સેવાઓ :

બેઠક નોંધો/ભાવિ પગલાં**પ્રવૃત્તિઓ****સમય રેખાઓ****જવાબદાર વ્યક્તિ(ઓ)****પ્રારંભિક IEP લાયકાત નિર્ધારણ બેઠકનાં પરિણામો (સ્પેશયલ એજ્યુકેશન સ્ટાફ ભરવાનાં રહેશે.)**

સ્પેશયલ એજ્યુકેશન સ્ટાફ : પ્રારંભિક IEP લાયકાત નિર્ધારણ બેઠક પછી તરત આ વિભાગ પૂર્ણ કરો અને ભાગ C કેટા એન્ટ્રીને સુપ્રત કરો. પ્રારંભિક IEP લાયકાત નિર્ધારણ બેઠકનાં પરિણામો દર્શાવું નિવેદન તપાસો.

- IEP દ્વારા પ્રિસ્કૂલ વિશેષ શિક્ષણ અને સંબંધિત સેવાઓ માટે બાળક લાયક છે.
- IEP દ્વારા પ્રિસ્કૂલ વિશેષ શિક્ષણ અને સંબંધિત સેવાઓ માટે બાળક અપાત્ર છે.

બાળકનું નામ :

ID ક્રમાંક :

IFSP બેઠક તારીખ :

ભાગ VIII - માતાપિતાની સંમતિ (ગ્રાસ વર્ષ કે તેની પહેલાંની ઉમરે)
પરિવારની પસંદગી: IFSP સેવાઓ ચાહું રાખવા સંમતિ કે સમાપ્તિ માટે વિનંતી

પરિવારને પસંદગી કરવા મળે છે

- મને/અમને વાર્ષિક જાહેરનામા, "એ ફેફિલી ગાઈડ ટૂ નેકસ્ટ સ્ટેપ્સ લેન યોર ચાઇલ ઇન અલ્રી ઇન્ટરવેન્શન ટાન્સર ૩ - ફેફિલીજ હેવ અ ચોઇસ." ની એક નકલ મળી છે.
- મને/અમને ઇન્ડિવિજ્યુઅલ્સ વિથ ડિસેબિલિટીજ (IDEA) હેઠળ ઇન્ડિવિજ્યુઅલાઇઝડ ફેફિલી સર્વિસ ખાલ (IFSP) દ્વારા અપાતી અલ્રી ઇન્ટરવેન્શન સર્વિસીજ અને IDEA)હેઠળ ઇન્ડિવિજ્યુઅલાઇઝડ એજ્યુકેશન પ્રોગ્રામ (IEP) દ્વારા અપાતી પ્રિસ્કૂલ સ્પેશ્યલ એજ્યુકેશન સેવાઓ વચ્ચેના તફાવતની માહિતી આપવામાં આવી છે.
- હું/અમે સમજું/સમજાએ છું/છીએ કે મારા/અમારા બાળકની પાસે અત્યારે IFSP છે અને મારું/અમારું બાળક IDEA હેઠળ અક્ષમતાવાળા બાળક તરીકે પ્રિસ્કૂલ સ્પેશ્યલ એજ્યુકેશન માટે લાયક હર્થું છે.
- મને/અમને IFSP દ્વારા અલ્રી ઇન્ટરવેન્શન સર્વિસીજ મેળવવાનું ચાહું રાખવા અથવા IEP દ્વારા સ્પેશ્યલ એજ્યુકેશન પ્રિસ્કૂલ સેવાઓ શરૂ કરવાના IFSP વિકલ્ય વચ્ચે પસંદગી કરવાના મારા/અમારા અધિકારની માહિતી આપવામાં આવી છે.
- હું/અમે સમજું/સમજાએ છું/છીએ કે જો હું/અમે કેશ દ્વારા સેવાઓ મેળવવાનું પસંદ કરું છું/કરીએ છીએ અને IFSP સેવાઓને સમાપ્ત કરું છું/કરીએ છીએ તો મારું/અમારું બાળક IFSP દ્વારા લાયક રહેશે નહીં.
- હું/અમે સમજું/સમજાએ છું/છીએ કે જો હું/અમે મારા/અમારા બાળક માટે IFSP દ્વારા સેવાઓને પસંદ કરું છું/કરીએ છીએ તો હું/અમે ગમે તે સમયે IFSP દ્વારા સેવાઓને સમાપ્ત કરી શકું છું/શકીએ છીએ.
- હું/અમે સમજું/સમજાએ છું/છીએ કે જે તારીખ IEP દ્વારા સેવાઓ શરૂ થાય તે તારીખ સુધી વિસ્તારેલ IFSP વિકલ્ય હેઠળ સ્થાનિક અગ્રાહી સંસ્થાએ IFSP સેવાઓ આપવી જરૂરી છે. જોકે જો હું/અમે વિકલ્ય પસંદ કરું/કરીએ પરંતુ IEP ટીમ દ્વારા વિકસાવાયેલ IEPમાં પ્રસ્તાવિત સ્પેશ્યલ એજ્યુકેશન અને સંબંધિત સેવાઓને સંમતિ આપવાનો ઇનકાર કરીએ તો હું/અમે સમજું છું/સમજાએ છીએ કે IFSP સેવાઓ સમાપ્ત થઈ જશે.
- હું/અમે સમજું/સમજાએ છું/છીએ કે IFSP સેવાઓને મારી/અમારી સંમતિ સ્વૈચ્છિક છે અને હું/અમે કોઈ પણ સમયે સંમતિ પાછી ખેંચી શકું/શકીએ છું/છીએ.

પરિવારની પસંદગી

કોઈ પણ એક ખાનું પસંદ કરો.

- હું/અમે મારા/અમારા બાળકના નીજા જન્મદિન પછી IFSP દ્વારા મારા/અમારા બાળક અને પરિવાર માટે અલ્રી ઇન્ટરવેન્શન સર્વિસીજ **ચાહું રાખવા** સંમતિ આપું છું/આપીએ છીએ.
- હું/અમે ત વર્ષની ઉમરે IFSP દ્વારા મારા/અમારા બાળક અને પરિવાર માટે અલ્રી ઇન્ટરવેન્શન સર્વિસીજ **સમાપ્ત** કરવા વિનંતી કરું છું/કરીએ છીએ.

માતાપિતા/વાતી/નિયુક્તની જાહેરી

તારીખ

સેવા સંયોજક

તારીખ

અન્ય ભાગ લેનાર

સંસ્થા / શીર્ષક

તારીખ

અન્ય ભાગ લેનાર

સંસ્થા / શીર્ષક

તારીખ

બાળકનું નામ :

ID ક્રમાંક :

IFSP બેઠક તારીખ :

ઇન્ડિવિજ્યુઅલાઇગડ ફેમિલી સર્વિસ ખાન (IFSP) માં ઉમેરો/ફેરફાર કરો ફોર્મ

IFSP સમીક્ષા

<p>બાળક અને કુટુંબ સંબંધી માહિતીમાં ફેરફાર</p> <p>(જન્મમૃત્યુ સંબંધી માહિતીમાં ફેરફાર માટે માતાપિતાની સહીની જરૂર નથી.)</p> <p>બાળક અંગેની માહિતી :</p> <p>બાળકનું નામ : _____</p> <p>સરનામું : _____</p> <p>ફોન : _____</p> <p>જન્મતારીખ : _____</p> <p>તથાબી સહાય # : _____</p> <p>પરિવાર સંબંધી માહિતી :</p> <p>બાળકનું નામ : _____</p> <p>સરનામું : _____</p> <p>ફોન : _____</p> <p>ઈ-મેઇલ : _____</p> <p>બાળક સાથેનો સંબંધ :</p> <p>સેવા સંયોજકની માહિતી :</p> <p>બાળકનું નામ : _____</p> <p>સંસ્થા : _____</p> <p>ફોન : _____</p> <p>ઈ-મેઇલ : _____</p>	<p>IFSP સમીક્ષા</p> <p>સમીક્ષા પ્રકાર : એક પસંદ કરો.</p> <p>બેઠકની તારીખ : _____</p> <p><input type="checkbox"/> છ માસિક <input type="checkbox"/> વાર્ષિક <input type="checkbox"/> આપનારની વિનંતી <input type="checkbox"/> માતાપિતાની વિનંતી <input type="checkbox"/> માતાપિતાની વિનંતી/આપનારની વિનંતી</p> <p>સમીક્ષા પ્રકાર : એક પસંદ કરો.</p> <p><input type="checkbox"/> IFSP ચાલુ રાખો <input type="checkbox"/> IFSP માં ફેરફાર કરો સેવા ઉમેરો સેવામાં ફેરફાર સેવા સમાપ્ત પરિણામો ઉમેરો/ફેરફાર કરો</p> <p><input type="checkbox"/> IFSP સમાપ્ત કરો (જો પસંદ કરવામાં આવે તો નીચેના વિભાગ "નિષ્ણિય સ્થિતિ માટેના કારણો" એક પસંદ કરો.)</p> <p>નિષ્ણિય સ્થિતિ માટેનાં કારણો : એક પસંદ કરો.</p> <p>નિષ્ણિય થવાની તારીખ : _____</p> <p><input type="checkbox"/> સંપર્ક કરવાના પ્રયાસો નિષ્ણળ રૂપા (જન્મથી કિન્ડરગાર્ટનની ઉમર) <input type="checkbox"/> ત વર્ષની ઉમરે પહોંચતા પહેલાં જ IFSP પૂરી કરી (જન્મથી ત વર્ષ) <input type="checkbox"/> મૃત્યુ થયું (જન્મથી કિન્ડરગાર્ટનની ઉમર) <input type="checkbox"/> અપાંગ ઠર્ફું (નોંધ : આ બાળક ક્યારેય લાયક હતું જ નહીં) (જન્મથી ત વર્ષ) <input type="checkbox"/> ચાજ્ય બાહાર ચાલ્યા ગયા (જન્મથી કિન્ડરગાર્ટનની ઉમર) <input type="checkbox"/> અન્ય અવિકારક્ષેત્રમાં ચાલ્યા ગયા (જન્મથી કિન્ડરગાર્ટનની ઉમર) અવિકારક્ષેત્રનું નામ : _____ <input type="checkbox"/> માતાપિતાએ પાછું ખેંચ્યું (જન્મથી કિન્ડરગાર્ટનની ઉમર) <input type="checkbox"/> ત વર્ષની ઉમરે પરિવર્તન (IFSP ચાલુ રાખ્યું નહીં) (જન્મથી ત વર્ષ) <input type="checkbox"/> કિન્ડરગાર્ટનની ઉમરે પહોંચતા પહેલાં જ IFSP પૂરી કરી (ત વર્ષની ઉમરથી કિન્ડરગાર્ટ ન ઉમર) <input type="checkbox"/> ત વર્ષની ઉમર પછી ટ્રાન્ઝિશન (ત વર્ષની ઉમરથી કિન્ડરગાર્ટન ઉમર)</p>
---	--

આ IFSP-ની સમીક્ષાની મને/અમને વાજબી આગોટરી જાણ કરવામાં આવી છે. મને/અમને IFSP ની સમીક્ષામાં ભાગ લેવાની તક પૂરી પાડવામાં આવી છે. મને/અમને પેરન્ટલ રાઇટ્સ : મેરીલેન્ડ પ્રોક્સિજરલ સેફિગાર્ડ્સ નોટિસ દ્વારા મારા/અમારા અવિકારો અંગે માહિતી આપવામાં આવી છે અને મે/અમે આ સમીક્ષાના આધારે IFSPમાં કોઈ ફેરફારનો અમલ કરવા અદી ઇન્ટરવેન્શન પ્રોગ્રામને પરવાનગી આપી છે.

માતાપિતા/વાલી/નિયુક્તની સહી

તારીખ

સેવા સંયોજક

તારીખ

અન્ય સહભાગી

સંસ્થા / શીર્ષક

તારીખ

અન્ય સહભાગી

સંસ્થા / શીર્ષક

તારીખ